



## CONSENT FOR TREATMENT SERVICES

I authorize **Blackstone Valley Community Health Care** to provide any and all medical and dental procedures, tests, and/or treatment services deemed to be necessary by the Center to myself, my minor child, or individual for whom I am legal guardian/personal agent.

\_\_\_\_\_  
Patient Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Date

### Consent for Payment

I authorize BVCHC to obtain reimbursement from any eligible health insurance coverage for services provided, which are covered under my insurance plan. I understand that BVCHC may be required to provide my insurance plan with certain patient identifying and clinical information, including drug and alcohol information, in order to obtain authorization for treatment and payment for services. I agree to disclose the identity of any other party who may be responsible for paying for the services provided by BVCHC. I understand that my records are protected under the Federal Confidentiality Regulation and under the General Laws of the State of Rhode Island and cannot be disclosed without my written consent except as otherwise specifically provided by law. I understand payment is expected at the time of service and that I am responsible for reimbursing BVCHC for any co-pays, unmet deductibles, and non-covered services agreed to in the treatment plan. Insurance co-payments and deductibles cannot be waived.

### Patient's Rights/Complaint Procedure

I am aware of my rights as a patient of Blackstone Valley Community Health Care and have been provided a copy of my rights and the Center's complaint procedure.

### Consent for Uses and Disclosures of Personal Health Information

I understand that all personal health information (PHI) describing history, symptoms, diagnoses, treatment, test results, and plans for treatment can be used for the purpose of:

- Planning care and treatment;
- A means of communication among the professionals who contribute to your care;
- Applying a diagnosis to a bill;
- A means by which third-party payers can verify that services billed were actually provided;
- Routine healthcare operations assessing service delivery and quality of care.

I understand that I have the right to request how (PHI) may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or healthcare operations and the organization is not required to agree to the request.

\_\_\_\_\_  
Patient/Legal Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

### CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO

Autorizo a Blackstone Valley Community Health Care a proporcionar todos y cada uno de los procedimientos, pruebas y / o servicios de tratamiento médicos y dentales que el Centro considere necesarios para mí, mi hijo menor de edad o individuo para quien soy tutor legal / agente personal.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Consentimiento para el pago

Autorizo a BVCHC a obtener el reembolso de cualquier cobertura de seguro de salud elegible para servicios provistos, que están cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que es posible que se exija a BVCHC que proporcione a mi plan de seguro cierta información clínica y de identificación de pacientes, incluida información sobre drogas y alcohol, a fin de obtener autorización para el tratamiento y el pago de los servicios. Acepto divulgar la identidad de cualquier otra parte que pueda ser responsable del pago de los servicios prestados por BVCHC. Entiendo que mis registros están protegidos por el Reglamento Federal de Confidencialidad y según las Leyes Generales del Estado de Rhode Island y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que la ley lo disponga específicamente. Entiendo que se espera el pago en el momento del servicio y que soy responsable de reembolsar a BVCHC los copagos, los deducibles no cubiertos y los servicios no cubiertos acordados en el plan de tratamiento. Los copagos y deducibles de seguro no se pueden renunciar.

#### Procedimiento de queja / derechos del paciente

Conozco mis derechos como paciente de Blackstone Valley Community Health Care y me han proporcionado una copia de mis derechos y el procedimiento de quejas del Centro.

Consentimiento para usos y divulgaciones de información personal de salud

Entiendo que toda la información de salud personal (PHI) que describe el historial, los síntomas, los diagnósticos, el tratamiento, los resultados de las pruebas y los planes para el tratamiento se pueden usar con el propósito de:

- planificación de atención y tratamiento;
- Un medio de comunicación entre los profesionales que contribuyen a su cuidado;
- Aplicar un diagnóstico a una factura;
- Un medio por el cual los terceros pagadores pueden verificar que los servicios facturados hayan sido realmente provistos;
- Operaciones de atención médica de rutina que evalúan la prestación de servicios y la calidad de la atención.

Entiendo que tengo derecho a solicitar cómo (PHI) se puede usar o divulgar para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y no se requiere que la organización acepte la solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo